

茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金交付申請書

年 月 日

(宛先)茅ヶ崎市長

住所
申請者 氏名 (印) (続柄)
電話番号

年度茅ヶ崎市乳幼児等予防接種費用補助金の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

被接種者 (接種を受けた人)	氏名	[フリガナ:]		
	生年月日	年	月	日
	住所	郵便番号[-]		
接種の内容	別紙のとおり			
予防接種の種類・期別	接種日	接種料金 (A)	補助限度額 (B)	交付申請額 (C=A・Bのうち少ない額)
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
交付申請額 (合計)				円

- 備考 この申請書には、次の書類を添付してください。
- (1) 予診票又はその他予防接種の内容が確認できる書類(母子健康手帳等)
 - (2) 領収書の写し
 - (3) その他市長が必要と認める書類

担当課 記入欄	依頼書発行番号()			(收受印)
	窓口来庁者が被接種者の親権者と異なる場合: 氏名: (続柄:) 電話番号:			
	受付者		受付方法 来庁・郵送・電話	